



特定非営利活動法人 医療福祉情報実務能力協会主催

実務能力検定試験 団体受験会場設置申請書

(フリガナ) 団体名		
団体所在住所	〒	
連絡先	TEL :	Fax :
代表者氏名	氏名	印
団体受験会場の種別	賃貸 ・ 貸し教室 (年契約) ・ 貸し教室 (時間貸) その他 ()	
団体受験会場の収容人数	()人 スクール形式	
団体受験会場 所在地	〒 (ビル・マンション名 :)	
団体受験実施責任者	氏名	印
試験受験者数	メディカルケアワーカー®1級	()人
	メディカルケアワーカー®2級	()人
	認定医師秘書 TM	()人
協会への連絡事項		

以上の通り申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名 :

印

【注意事項】

1. 申請者は団体受験実施責任者とします。1会場(1教室)に1枚本申請書が必要となります。
2. 団体所在住所と検定・認定試験資材送付先が異なる場合は「資材送付先」として連絡事項に明記してください。
3. 団体受験申請は10名以上となります。
4. 申請書の提出は各試験日の申込締切日必着と致します。なお、求職者支援制度、緊急人材育成等に対する実施の場合は検定試験実施希望の2ヶ月前までを申込締切日必着と致します。

【送付先】医療福祉情報実務能力協会本部事務局 FAX : 03-5326-7786 (※原本郵送必須)

〒160-0023 東京都新宿区西新宿3-2-27オーチュー第7ビル4F